

## **АНАЛИЗ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Серегина В.А., Буорницкий А.М., Гапанович С.Е.,  
Романовский Р.В., Кучко И.В., Правада Н.С.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Больные рецидивом туберкулеза легких представляет значительную эпидемическую опасность. В отечественной и зарубежной литературе понятие «рецидив» трактовались по-разному [1,2-4]. Одни считали рецидивом - повторное заболевание, возникшее в прежде интактной части легкого или в другом легком. При этом за критерий излечения они принимали закрытие полости распада и прекращение бактериовыделения, а для установления рецидива считали отсутствие бактериовыделения не менее 5 лет. Критерием оценки повторного заболевания как рецидива отмечали факт пребывания больного в неактивной группе учета. Другие считали, что невозможно дать точное определение рецидива, так как оно частично перекрещивается с понятием экзacerbации, псевдорецидива и рецидива в англо-американском понимании «relapse», при описании реактиваций не разграничивали обострения и рецидивы [3,6].

Согласно современным представлениям, рецидивом туберкулеза легких считают случаи, когда больной, который ранее получил полный и эффективный курс противотуберкулезной терапии и был определен как излечившейся или прошедший полный курс лечения, но у которого затем появилось бактериовыделение (при бактериоскопии и/или культуральном исследовании мокроты). В исключительных случаях к данной категории могут быть отнесены пациенты без бактериовыделения, но имеющие четкие клинико-рентгенологические признаки прогрессирования туберкулезного процесса. Частота рецидивов туберкулеза легких от числа вновь выявленных больных колеблется от 1,5 до 41,4% (за рубежом, в частности в Европе, в одних странах частота колеблется в пределах 0,3-9,6%, в других – значительно выше – 24-25%) [3,5].

**Цель исследования** Провести анализ рецидивов туберкулеза легких у взрослых Витебской области

**Материалы и методы.** Проанализировано 40 случаев рецидивов туберкулеза легких у больных г. Витебска, Витебского района, г. Полоцка и г. Новополоцка за 2009 год. При этом учитывались следующие показатели: пол, возраст, наличие вредных привычек, наличие сопутствующей патологии, социальный статус, сроки наблюдения в неактивной группе диспансерного учета (ГДУ), наличие множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) и исходы лечения.

**Результаты и обсуждение.** Частота рецидивов в Витебской области в 2009 году составила 59 человек (12,1% от числа вновь выявленных больных). Всего проанализировано 40 историй болезни. Из них – 33 (82,5%) мужчины, женщины – 7 (17,5%). В возрасте до 20 лет рецидивов не было. От 20 до 39 лет – рецидивы у 8 (20%) человек, от 40 до 59 лет – у 24 (60,0%), от 60 до 79 – у 7 (17,5%) человек, старше 80 (2,5%) лет – у 1 человека. Работающие составили 13 (32,5%) человек, не работали – 24 (60%) человека, инвалиды – 3 (7,5%) человека. Из проанализированных больных у 10 человек рецидивы возникли спустя 5 и более лет после снятия с диспансерного учета, 4 человека не наблюдались на диспансерном учете из-за асоциального поведения. Остальные больные наблюдались по III «А» ГДУ. Из них в течение первого года рецидив возник у 10 (38,5%) человек, до 2-х лет – у 4 (15,4%), до 3-х лет – у 6 (23,1%), до 4-х лет – у 2 (7,7%), до 5-ти лет – у 3 (11,5%), до 6 лет – 0, до 7 лет – у 1 (3,8%). Из наблюдавшихся в III «А» ГДУ 20 больных получали противорецидивное лечение (77%). У большинства больных рецидивами туберкулеза легких выявлена множественная лекарственная устойчивость. Из них множественная лекарственная устойчивость в прошлом у 5 человек, при рецидиве – у 27 человек. Таким образом, из 40 больных рецидивом туберкулеза легких у 32 человек (80%) имеется множественная лекарственная устойчивость. Из них преобладала устойчивость к 3-м (изониазиду, рифампицину, стрептомицину) и более противотуберкулезным препаратам.

Из числа больных с рецидивом туберкулеза у 25 человек (62,5%) имелась сопутствующая патология. Из них хронический бронхит – 3 человека; хроническая обструктивная болезнь легких – 3 человека. Многие больные рецидивом туберкулеза имели вредные привычки 32 (80%) человека. Из них курение – 7 человек, курение и злоупотребление алкоголем – 23 человека, бытовое пьянство – 2 человека, наркомания – 1 человек.

#### **Выводы.**

1. Наибольшее количество больных с рецидивами туберкулеза легких выявлены из III «А» ГДУ в течение первого года наблюдения.

2. Рецидивы туберкулеза легких возникают, несмотря на проведение противорецидивного лечения [1,6].

3. Несмотря на наличие почти у 75% больных с рецидивом туберкулеза легких такой вредной привычки как курение, диагноз хронического бронхита или хронической обструктивной болезни легких выставлен только у 6 (15%) больных.

4. Из числа больных с рецидивом туберкулеза легких у 32 (80%) выявлена множественная лекарственная устойчивость к основным противотуберкулезным препаратам (изониазид, рифампицин, стрептомицин) [1,2,3].

#### **Рекомендации.**

1. Обратить внимание на ведение вновь выявленных больных туберкулезом легких в интенсивную фазу лечения и в фазу продолжения лечения

(рациональный подбор противотуберкулезных химиопрепаратов, возможно увеличение сроков лечения).

2. Рассмотреть вопрос о целесообразности противорецидивного лечения.

3. Активно выявлять и проводить лечение сопутствующей патологии органов дыхания, возникающей на фоне вредных привычек (курения и профессиональных вредностей).

4. Учитывая множественную лекарственную устойчивость у больных с рецидивом туберкулеза к основным противотуберкулезным препаратам, начинать лечение рецидива с исключением изониазида, рифампицина, стрептомицина

5. Так как этиотропная терапия L-бактериозов на сегодня не разработана, то таким больным показано проведение иммунокоррекции и мероприятий, направленных на укрепление общего состояния организма (патогенетическая терапия).

6. С целью профилактики рецидивов туберкулезного процесса необходимо выделение подгрупп лиц с особенно высоким риском возникновения рецидива (учитывая клиническую форму заболевания, приверженность больного к лечению, социальный статус, наличие сопутствующей патологии)

#### Литература

1. Голубчиков, П.Н. Анализ рецидивов у больных туберкулезом, пролеченным по протоколам ВОЗ / П.Н. Голубчиков [и др.]. Туберкулез сегодня. материалы 7 Российского съезда фтизиатров – М., 2003. – С.11

2. Мельник, В.М. Эпидемиологическое значение эффективности лечения больных туберкулезом / В.М. Мельник. Проблемы туберкулеза. – 2002. - № 4. – С.5-9.

3. Алексеева, Т.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и совершенствование своевременного выявления рецидивов туберкулеза органов дыхания в современных условиях: автореф дис. канд. мед. наук: 14.00.26 Т.В. Алексеева – Новосибирск, 2001. – 21 с.

4. Андреева, Т.И. Рецидивы туберкулеза органов дыхания / Т.И. Андреева, М.Н. Кирилов // Туберкулез сегодня. материалы VII Российского съезда фтизиатров – М., 2003 – С. 6

5. Погребная, В.М. Частота и структура рецидивов органов дыхания / В.М. Погребная // Украинский пульмонологический журнал. – 1998. – №1. – С. 23-25.

6. Урсов, И.Г. Рецидивы деструктивного туберкулеза / И.Г. Урсов, В.А. Краснов // Проблемы туберкулеза. – 1990. – № 4. – С. 58-60.